IX kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI ZDROWIA**
(NR 225)
z dnia 11 stycznia 2023 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 225)

11 stycznia 2023 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– „Przedstawienie przez ministra zdrowia pana Adama Niedzielskiego szczegółowych informacji na temat obniżenia wyceny świadczeń dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz koincydencji świadczeń w ramach opieki długoterminowej”.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, **Joanna Syta** pełniąca obowiązki zastępca dyrektora Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Maciej Karaszewski** zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Paweł Śliwiński** członek zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, **Damian Patecki** członek prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, **Mariola Łodzińska** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikami, **Dominika Batycka-Stachnik** wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, **Szymon Walter de Walthoffen** wiceprzewodniczący Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Medycznych i Laboratoriów Diagnostycznych, **Robert Suchanke** prezes zarządu Ogólnopolskiego Związku Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej, **Tomasz Michałek** dyrektor biura zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, **Maria Dzięcielska** przedstawiciel Stowarzyszenia Pacjentów na Rzecz Wentylacji Domowej „Jednym Tchem!”oraz **Marek Wleklik** przedstawiciel Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Krzysztof Olszewski**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Otwieram posiedzenie Komisji. Dzień dobry, witam państwa bardzo serdecznie na kolejnym w dniu dzisiejszym posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam serdecznie panie i panów posłów, witam pana ministra wraz ze współpracownikami, witam zaproszonych gości.

Szanowni państwo, dzisiejsze posiedzenie Komisji zostało zwołane w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu, czyli na wniosek grupy posłów, który wpłynął do Komisji w dniu 2 grudnia 2022 r.

Stwierdzam kworum.

Przypominam, że zgodnie z regulaminem Sejmu ten porządek nie jest możliwy do zmiany, modyfikacji, rozszerzenia czy innych interpretacji – musi odbyć się dokładnie w takim trybie, w jakim został przedstawiony wniosek. Ten wniosek teraz przeczytam. Otóż: „Przedstawienie przez ministra zdrowia pana Adama Niedzielskiego szczegółowych informacji na temat obniżenia wyceny świadczeń dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz koincydencji świadczeń w ramach opieki długoterminowej”.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Bardzo proszę przedstawiciela wnioskodawców o krótkie wprowadzenie do dyskusji. Pani poseł Lubnauer, bardzo proszę.

Poseł Katarzyna Lubnauer (KO):

Przepraszam bardzo, bo jestem trochę zastępczym wnioskodawcą, ze względu na to, że Rajmund Miller, który miał być wnioskodawcą, niestety musi być na sali sejmowej, bo w tej chwili tam też jest punkt dotyczący spraw zdrowotnych.

Proszę państwa, poprosiliśmy o zwołanie tego posiedzenia Komisji na wniosek środowiska, które zwróciło nam uwagę, że w tej chwili wraz ze wzrostem różnych kosztów

związanych z tego typu wentylacją, np. kosztów prądu, jak również rozwiązań, które zostały zmienione, bardzo często z ich punktu widzenia pomoc, którą otrzymują, jest niewystarczająca.

Zwracają uwagę na kilka elementów. Po pierwsze, że pacjent wentylowany mechanicznie to najczęściej pacjent, który jest z natury rzeczy niezamożny, bo to jest często rencista, często osoba starsza na emeryturze – 60 plus. Zauważmy, że w obecnej sytuacji mamy do czynienia z takim modelem, w którym poszczególne świadczenia się wzajemnie znoszą. Chodzi o to, żeby połączyć pewne świadczenia, np. kwestie opieki długoterminowej wraz z tymi pieniędzmi, które dotyczą samej wentylacji, tak żeby te poszczególne świadczenia się nie znosiły.

Kolejną kwestią, na którą narzekają pacjenci wentylowani, jest kwestia dostępu do lekarzy specjalistów. W tej chwili zarówno na różne orzeczenia, jak i na kwestie stałej pomocy czeka się dość długo. Wiemy wszyscy, że etap dostępu do lekarzy specjalistów to jest jakby najbardziej ułomny fragment systemu opieki zdrowotnej. W związku z tym zwracają też uwagę na długie kolejki do kwalifikacji – kwalifikacji, które decydują o przyznaniu odpowiedniej pomocy. Czekanie na otrzymanie świadczeń wynosi nawet ok. 200 dni, a więc zdajmy sobie sprawę, że dla kogoś, kto wymaga tego typu pomocy, to jest niesamowicie długi okres.

Kolejna kwestia wiąże się właśnie z tym, o czym mówiłam na początku, czyli z kwestią zmian cen energii. Wiemy w tej chwili, że zostały wprowadzone rozwiązania, które powodują, że pewna pula kilowatogodzin dla rodzin, dla odbiorców indywidualnych jest po niższych cenach. W przypadku osób niepełnosprawnych ta pula jest trochę powiększona, ale w przypadku osób wentylowanych mechanicznie w dalszym ciągu w żaden sposób nie odpowiada to ich potrzebom.

W związku z tym apelują o to, żeby w ich w przypadku pula, która jest po niższej cenie, takiej regulowanej, była zdecydowanie wyższa. Boją się też, że jeżeli nie będzie ich stać, żeby utrzymać możliwość korzystania z wentylacji mechanicznej w domu, to następnym problemem będzie to, że po prostu będą trafiać do szpitala; że w sytuacji, kiedy nie będą w stanie zapewnić sobie opieki rodziny, nie będą w stanie zapewnić opieki w domach, to efekt będzie taki, że oni nie tylko będą trafiać do szpitala, ale będą trafiać najczęściej w gorszym stanie ze względu na niemożliwość pełnej opieki.

Wniosek „Jednym Tchem!" – to jest stowarzyszenie, które zajmuje się tymi ludźmi – jest dość rozbudowany, natomiast mam wrażenie, że w tej sprawie jest trochę pat. Regularnie otrzymujemy wnioski o rozwiązanie tych problemów, o pomoc, odpowiednią wycenę tych świadczeń i cały czas jest sytuacja, w której do tego tematu wracamy, bo nic pozytywnego się nie dzieje, a sytuacja się tylko pogarsza, np. od 1 stycznia mamy do czynienia z tym, że wzrosły ceny prądu.

Przepraszam, trochę jest mi przykro, że ze względu na to, że na sali sejmowej też jest obecnie temat medyczny, nie ma osób, które wspólnie z nami zgłaszały ten wniosek. Mam na myśli Lewicę – rozumiem, że pani Marcelina Zawisza też jest w tej chwili na sali sejmowej, nie może współuczestniczyć z nami w tym spotkaniu. Nie powinno dochodzić do takiej sytuacji, w której temat zdrowotny jest jednocześnie na posiedzeniu Komisji, jak i na posiedzeniu Sejmu.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeszcze, pani poseł, nie ma. Dlatego, że sprawozdawca…

Poseł Katarzyna Lubnauer (KO):

Ale rozumiem, że czeka.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie, dementuję – sprawozdawca jest na sali, więc skoro sprawozdawca jest na sali, to znaczy, że tego punktu jeszcze nie ma.

Poseł Katarzyna Lubnauer (KO):

Rozumiem, że zaraz się zaczyna. Dobrze. I to są mniej więcej główne punkty…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Sprawozdawca jest tu, na posiedzeniu Komisji, pani poseł, czyli punktu jeszcze nie ma.

Poseł Katarzyna Lubnauer (KO):

Rozumiem, ale z rozmowy z Rajmundem rozumiem, że ten punkt zaraz ma się zacząć i on już jest na sali sejmowej – nie zdążył tutaj dotrzeć.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

To znaczy, kończą się pytania z poprzedniego punktu. Być może jest odpowiedź na pytania i za chwilę nasz punkt.

Poseł Katarzyna Lubnauer (KO):

Dobrze. Chciałabym, żeby przede wszystkim oddać głos stronie społecznej, ponieważ myślę, że oni najlepiej sobie zdają sprawę, jaka jest sytuacja osób wentylowanych mechanicznie w domu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Szanowni państwo, mam następującą propozycję, żeby była tu pełna jasność w dyskusji. Oczywiście zwyczajowo teraz odpowie pan minister, następnie uzupełnimy to też o wypowiedź ekspertów, którzy są zaproszeni, więc ewentualnie proszę zaproszonych ekspertów o uzupełnienie wypowiedzi pana ministra. Później nastąpi wspólna dyskusja: posłowie i strona społeczna, bez podziału na osobno posłów, osobno stronę społeczną, tak że będę udzielał głosu w zależności od kolejności, w jakiej ktoś się będzie zgłaszał.

Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie za tę dyskusję, szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo. Przepraszam za dosyć późne przekazanie materiałów dotyczących tego spotkania, ale te materiały zostały wysłane.

To są dwa, de facto trzy tematy. Pierwszy to informacja kosztowa. Agencja na wniosek Ministerstwa Zdrowia rozpoczęła w 2021 r. zlecenie w sprawie kosztów ponoszonych w zakresie tych świadczeń. W lutym zostały przygotowane nowe wyceny świadczeń zdrowotnych. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w związku z tym, że powinien uwzględnić w wycenach cztery miesiące, wprowadził od 1 maja ubiegłego roku zmniejszone wyceny.

Jednocześnie 1 lipca ubiegłego roku w związku z retaryfikacją wszystkich świadczeń zdrowotnych, które były w systemie ochrony zdrowia, te świadczenia, zgodnie z metodologią, podlegały wzrostowi związanemu z minimalnymi wynagrodzeniami w ochronie zdrowia, jak również z wynagrodzeniami związanymi z przeszacowaniem kosztów personelu, który jest zatrudniony na umowy inne niż umowa o pracę, bo w tym zakresie w znaczącej mierze personel jest zatrudniony, w szczególności lekarze, na umowy kontraktowe. Ta cena ostatecznie została uwzględniona na 39,68 zł za punkt i obowiązuje od tego okresu.

Jednocześnie w ubiegłym roku kontynuowaliśmy i kontynuujemy prace w zakresie standardu organizacyjnego pacjentów wentylowanych mechanicznie, jak również z problemami oddechowymi. W tym zakresie jest intensywna praca z zespołami ekspertów, z konsultantem krajowym, jak również z istotnymi interesariuszami zarówno po stronie pacjentów, jak i po stronie świadczeniodawców, którzy reprezentują wentylację pacjentów w domu.

Faktycznie, jak przedstawiła pani wnioskodawczyni, pani poseł Lubnauer, w wycenach świadczeń w zakresie wentylacji domowej Narodowy Fundusz Zdrowia nie płaci w wycenie do świadczeniodawcy, do podmiotu, który realizuje te świadczenia, wynagrodzenia za prąd zużywany w domu osoby używającej danego sprzętu. Te koszty nie są kosztami systemu ochrony zdrowia. Zresztą Narodowy Fundusz Zdrowia nie może uwzględniać kosztów, bo nie ma możliwości, żeby dać gotówkową dotację poszczególnemu pacjentowi za to, żeby zapłacić prąd.

Są też urządzenia medyczne na zlecenie, kupowane przez pacjentów w wyrobach medycznych na zlecenie, np. SiPAP-y. Zresztą są też urządzenia różnego rodzaju do drenażu oddechowego, jak również, nie wiem, monitorowania glikemii – nie ma tam uwzględnionych dodatkowych kosztów związanych z podłączeniem tych urządzeń do prądu.

Jeszcze w tytule tego posiedzenia było pytanie o koincydencję świadczeń. Koincydencja świadczeń to są zasady, które Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadza do rozliczenia swoich świadczeń zdrowotnych, że pacjent nie może realizować niektórych rodzajów świadczeń w tym samym zakresie, ponieważ te zakresy dokładnie się nakładają i są finansowane już w innym rodzaju świadczenia. W związku z tym np. pacjent, który leży w szpitalu, jest przygotowany do operacji czy jest w trakcie operacji, nie może w tym czasie być w uzdrowisku, w sanatorium czy w innych świadczeniach wymagających innego leczenia.

W tej sytuacji także jest podobny zakres, ponieważ rehabilitacja w niektórych zakresach jest w pełni zabezpieczona zgodnie z koszykiem świadczeń gwarantowanych. Wentylacja pacjentów metodą inwazyjną, wentylacja pacjentów z niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych czy wentylacja powyżej 8 godzin jest zawarta w świadczeniu, za które płaci Narodowy Fundusz Zdrowia. Pacjent w tym zakresie ma zagwarantowaną rehabilitację. Ta rehabilitacja jest stała, dookreślona w koszyku świadczeń gwarantowanych, w związku z tym nie możemy dodatkowo finansować rehabilitacji na zasadach ogólnych. Ale ponieważ trwają prace w tym zakresie, to być może będą zmienione zasady – wtedy każdy z pacjentów będzie miał identyczny dostęp do rehabilitacji również na zasadzie zapotrzebowania, którego potrzebuje.

Jeśli chodzi o prace, które są w AOTMiT, to tak jak powiedziałem, są one w szerokim porozumieniu z grupami interesariuszy. Aktualnie istotne projekty zostały już wypracowane, pracujemy już na prawie ostatecznych dokumentach. Planuje się, że na początku lutego dostaniemy jako Ministerstwo Zdrowia materiał do tego, żeby zmienić koszyk świadczeń gwarantowanych, który będzie uwzględniał te wszystkie procesy, które zostały dookreślone.

Te procesy są dosyć szerokie, bo dotyczą podstawowej opieki zdrowotnej, jak również świadczeń długoterminowych, wentylowanych mechanicznie, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Widzimy, że nie ma dokładnych kwalifikacji do określenia, którzy pacjenci się kwalifikują, na podstawie czego są kwalifikowani. Widać, że potrzebne są produkty rozliczeniowe kwalifikacji pacjenta, jak również jasne zasady monitorowania pacjenta, efektywności wykorzystania – trochę tak, jak jest w programach lekowych, żeby to wszystko było dookreślone i jednolite dla wszystkich rodzajów świadczeń.

Jeszcze oddałbym głos, jeśli można…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Komu? Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Pani dyrektor Syta, Agencja Oceny Technologii Medycznych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze, bardzo proszę. Pani dyrektor, proszę uprzejmie.

Pełniąca obowiązki zastępca dyrektora Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Joanna Syta:

Dzień dobry. Joanna Syta, zastępca dyrektora w Wydziale Świadczeń, Agencja Oceny Technologii Medycznych.

Kontynuując to, co powiedział pan minister, jeśli chodzi o trwające prace, agencja otrzymała właściwie jedno zlecenie, nad którym pracowała w ubiegłym roku. Dotyczyło ono wyłącznie prac związanych z dookreśleniem kryteriów kwalifikacji, jeśli chodzi o wentylację nieinwazyjną, i taki materiał został przekazany.

Natomiast w wyniku kolejnego procesu konsultacji i dodatkowych postulatów, żeby zweryfikować wszystkie świadczenia, które są dostępne dla pacjentów wentylowanych mechanicznie i wspomaganych tlenoterapią, otrzymaliśmy jako agencja kolejne zlecenia w sprawie poszerzenia zakresu prac analitycznych. W tej chwili kontynuowane są prace w zakresie wypracowania modelu kompleksowej opieki nad pacjentami z problemami oddechowymi we współpracy z ekspertami klinicznymi w dziedzinie chorób płuc, anestezjologii, neurologii, przedstawicielami świadczeniodawców, przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia i przedstawicielami organizacji pacjentów.

Prace te w głównej mierze dotyczą określenia obiektywnych kryteriów kwalifikacji – to, co już pan minister tutaj zaznaczył – do świadczeń wentylacji mechanicznej zarówno metodą inwazyjną, nieinwazyjną, jak i domowego leczenia tlenem, jak również zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie – są to aparaty CPAP. Nie ma w tej chwili bowiem dookreślonych zasad ani kryteriów.

Prace dotyczą też: wprowadzenia warunków odnoszących się do regularnej kontroli skuteczności leczenia poprzez wykonywanie cyklicznych badań oceniających wymianę gazową; wprowadzenia telemonitoringu pracy respiratorów pozwalającego na stały nadzór nad chorymi, wczesne wykrywanie nieprawidłowości i stworzenie systemu adekwatnego reagowania na te nieprawidłowości; zmian w częstości wizyt i konsultacji personelu medycznego z uwzględnieniem podziału na pacjentów w oparciu o kryteria dobowego czasu wentylacji; doprecyzowania zakresu działań personelu medycznego podejmowanych podczas wizyt domowych i konsultacji i dostosowania rodzaju jakości sprzętu do wspomagania wentylacji inwazyjnej i nieinwazyjnej do potrzeb pacjenta, przede wszystkim do stopnia nasilenia niewydolności oddychania.

Aktualnie te prace są finalizowane, do 22 stycznia trwa proces konsultacji. Też to, co podkreślał pan minister – docelowo przygotowaliśmy projekt trzech scenariuszy, który jest zróżnicowany pod względem zakresu, poziomu wdrażalności organizacyjnej i legislacyjnej oraz skutków finansowych. W pierwszym etapie tym, czego pan minister oczekuje od nas jako agencji, jest przedstawienie przede wszystkim kryteriów kwalifikacji, kryteriów monitorowania. W kolejnym scenariuszu, który będzie wypracowywany, jest zintegrowanie tych wszystkich świadczeń na poziomie opieki domowej, ambulatoryjnej i szpitalnej.

Docelowo chcemy zaproponować jeszcze, wypracować ze środowiskiem, scenariusz już taki bardziej złożony w ramach opieki kompleksowej, który uwzględniałby wszystkie poziomy opieki i świadczenia dedykowane pacjentom z problemami oddechowymi, nie tylko wentylowanych mechanicznie, ale również z obturacyjnym bezdechem, z astmą, z innymi problemami, które byłyby na poziomie POZ, AOS; połączenie leczenia szpitalnego, opieki długoterminowej, opieki hospicyjnej, rehabilitacyjnej. W tym celu mamy zaplanowane jeszcze przygotowanie we współpracy z ekspertami standardu organizacyjnego takiej opieki nad pacjentami z problemami oddechowymi.

To są jakby kwestie docelowe, które jeszcze wymagają dłuższego czasu. W pierwszym momencie, po zakończeniu procesu konsultacji i przedstawieniu tematu na posiedzeniu Rady Przejrzystości 13 lutego, materiał zostanie przekazany do pana ministra – jeśli chodzi o pierwszy etap prac. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. To jeszcze poproszę w celu uzupełnienia informacji o zabranie głosu przez pana profesora Śliwińskiego, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc. Bardzo proszę, panie profesorze.

Członek zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc Paweł Śliwiński:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, tak jak wspomniał pan przewodniczący, reprezentuję Polskie Towarzystwo Chorób Płuc. Może też tytułem wstępu powiem, że jestem tą osobą, która wdrażała system domowego leczenia tlenem w Polsce, a to było już 36 lat temu, więc znam temat od podszewki.

Jeśli chodzi o refundację elektryczności, o czym wspomniała pani poseł, to od 30 lat walczymy o to, żeby pacjenci, którzy mają koncentratory tlenu w domu mieli refundowany zwrot kosztów za prąd – tego nie ma do tej pory. Zatem dochodzi jeszcze element zwrotu kosztów za korzystanie z CPAP-ów czy z respiratorów. Problem jest stary – stary, ma conajmniej 30 lat. Popieram wniosek, żeby może w końcu to jakoś rozwiązać.

Też uważam, że wniosek o zwołanie tego posiedzenia Komisji, na którym miałyby być omówione kwestie koincydencji kilku świadczeń, jest bardzo zasadny. Dochodzi do takiej patologii, że pacjent z przewlekłą niewydolnością oddychania otrzymuje respirator, ale nie jest zaopatrywany przez dostawcę respiratora w koncentrator, ponieważ w wykazie aparatury w aktualnym rozporządzeniu nie ma koncentratora tlenu. Mowa o pacjencie, który ma przewlekłą niewydolność oddychania, i wiadomo, że z założenia musi oddychać

koncentratorem tlenu, ma również wskazania do inspiratora i oddychania respiratorem w domu.

Prośba do państwa o przeanalizowanie tego typu sytuacji, które na szczęście nie są nagminne, ale się zdarzają, i spowodowanie, żeby jednak pewne świadczenia mogły być sumowane, czyli leczenie respiratorem, a jeżeli pacjent jednocześnie wymaga tlenoterapii, to żeby do tego dołożyć tlenoterapię.

Podobnie rehabilitacja. Akurat zostałem też poproszony o bycie ekspertem dla Agencji Oceny Technologii Medycznych. To, co próbujemy zaproponować, to właśnie kompleksową opiekę nad tymi chorymi. Jeżeli pacjent wymaga – a ci chorzy przeważnie wymagają – rehabilitacji oddychania, to nie powinno być tak, że jeden zespół dostarcza koncentrator, drugi zespół dostarcza respirator, a jeszcze ktoś z trzeciego pokoju przychodzi i prowadzi rehabilitację. Te wszystkie świadczenia powinny być koordynowane przez jeden zespół. I to jest kierunek propozycji, jakie z panią dyrektor Sytą próbujemy wprowadzić w rozważanej w tej chwili propozycji opieki nad tymi chorymi. Zatem chciałbym podkreślić te dwa elementy, że to sumowanie się tych świadczeń jest potrzebne.

Natomiast trzeba też wiedzieć, że nie każdy z tych pacjentów wymaga tak szeroko rozbudowanych świadczeń, bo są pacjenci, którzy mają tylko i wyłącznie zaburzenia oddychania w czasie snu. Ci pacjenci nie mają niewydolności oddychania i tym pacjentom wystarczy zaordynowanie aparatu typu CPAP. On śpi cztery–sześć godzin i rano wstaje. To są często młodzi ludzie 30-, 40-letni – oni wstają, idą rano do pracy i nie ma potrzeby monitorowania tych osób co miesiąc czy nawet co trzy miesiące przez lekarza czy pielęgniarkę.

Na drugim końcu są takie osoby… Już nawet pominę tych, którzy wymagają wentylacji inwazyjnej, czyli mają rurkę tracheostomijną i na stałe podłączony respirator, tylko ograniczę się do tych osób, które mają wentylację nieinwazyjną, ale też mają przewlekłą niewydolność oddychania. Wśród tych pacjentów też są różni. Są tacy, którzy powinni korzystać z respiratora do ośmiu godzin, a są też tacy, którzy praktycznie cały czas muszą korzystać z tego respiratora. W związku z tym jeden i drugi pacjent wymaga innej opieki dookoła – różnej częstości wizyt pielęgniarskich, różnego poziomu opieki pielęgniarskiej, różnego poziomu opieki lekarskiej i różnej częstości wizyt lekarskich.

Dopiero jak uwzględnimy te wszystkie elementy, odnośnie do których wymieniłem kilka zdań z panem ministrem przed początkiem spotkania. Pan minister stwierdził, że to jest bardzo skomplikowane. To niestety jest skomplikowane, bo materia jest skomplikowana. Spektrum tych chorych jest szalenie rozległe – od takich, którzy nie mają niewydolności oddychania, a wymagają chociażby leczenia CPAP-em, poprzez tych, którzy wymagają tylko tlenoterapii, po tych, którzy wymagają i wentylacji, i tlenoterapii. Są osoby, które normalnie pracują i dzięki takiemu leczeniu pracują, a są takie osoby, które są w zasadzie na etapie opieki paliatywnej.

Zatem trzeba mieć obraz tych pacjentów, których próbujemy, że tak powiem, objąć jednym wspólnym algorytmem leczenia, i spróbować (i próbujemy) zróżnicować stopień zaangażowania budżetu w opiekę nad tymi chorymi. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, otwieram dyskusję. Tak jak powiedziałem, bez podziału na posłów, zaproszonych gości, tylko w zależności od tego, kto się zgłosi. Ja na początek zabiorę głos.

Szanowni państwo, nie ukrywam, że już parokrotnie miałem okazję rozmawiać na temat związany z dzisiejszym posiedzeniem Komisji, były także takie spotkania, które były organizowane w Sejmie. Sprawa, w moim przekonaniu, jest dość skomplikowana, zresztą wybrzmiało to w części wypowiedzi pana profesora. Ale może po kolei.

Kwestia wyszacowania kosztów tej procedury. AOTMiT w tej chwili się tym zajmuje, bo zgodnie zresztą z tym, co powiedział pan profesor, ci pacjenci są bardzo różni. Na dobrą sprawę trzeba by utworzyć przynajmniej kilka grup pacjentów, bo w każdym przypadku ponoszone są inne koszty. Inna jest sytuacja, kiedy rzeczywiście ktoś wymaga działania inwazyjnego 24 godziny na dobę, a inna jest sytuacja, kiedy ktoś korzysta do 8 godzin. To są zupełnie inne koszty. Pewnie też nie w każdym przypadku zdarza się,

że ta osoba rzeczywiście cały czas korzysta w tej sytuacji, kiedy jest to tylko na dobrą sprawę kilka godzin, do których jest zobowiązana. To jest jedna sprawa.

Z tym wiąże się ważny element monitorowania przez lekarza czy też przez pielęgniarkę. Patrząc na standardy europejskie, to w innych krajach jest utworzonych kilka grup: do 8 godzin, do 16 godzin, do 24 godzin. Chociażby w ten sposób jest przeprowadzony podział, ale także opieka i konsultacje lekarskie nie są zapisane tak często, jak to jest w polskim modelu. Tym bardziej, że umówmy się: z jednej strony mówimy o deficycie kadr lekarskich, pielęgniarskich, z pewnością ci lekarze i pielęgniarki są potrzebni też w innym miejscu, a jednocześnie ta wizyta jest zapisana raz na dwa tygodnie. Jednak, tak jak mówią pacjenci, bo takie głosy do mnie dotarły, w praktyce wygląda to inaczej. Bywa, że przez trzy miesiące nikt się nie pojawił u tego pacjenta, mimo że Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za to, że ktoś jest co dwa tygodnie. Zatem pora zająć się tym tematem od każdej strony.

Z jednej strony, oczywiście, mamy teraz inflację, wzrost kosztów energii. Przy okazji warto dodać i powiedzieć, że jeżeli chodzi o limity, to pacjent i jego rodzina mogą ubiegać się o zwiększone limity. Z drugiej strony pamiętajmy, że Narodowy Fundusz Zdrowia, panie profesorze, nie może być płatnikiem za prąd, więc to musi być rozwiązane w inny sposób, również i w ramach samej procedury, jeżeli już. Po coś ten pacjent jest objęty opieką, jednocześnie też mając swego rodzaju sytuacje dla niego optymalną – pobytu w domu. Zatem trzeba szukać innych rozwiązań, bo płatnik nie ma możliwości refundowania wprost cen energii.

Zatem to są z jednej strony te problemy, ale z drugiej strony chodzi o to, że w jednych sytuacjach te procedury są dobrze wyszacowane, a w innych są przeszacowane, ponieważ wszystkich tych pacjentów włożono tak naprawdę do jednej grupy. Wydaje się, że w interesie tych, którzy są najbardziej potrzebujący, tych, którzy wymagają tej 24-godzinnej opieki, należy przyjrzeć się dokładnie tym kosztom, bo w pewnych grupach być może trzeba będzie nawet zwiększyć zaangażowanie Narodowego Funduszu Zdrowia i finansowania, ale w innych z kolei dokonać działania odwrotnego.

Tak to oceniam na podstawie informacji, które do mnie dotarły. Dobrze, oczywiście, że w związku z tym na ten temat dyskutujemy. Powiedzmy sobie jasno i otwarcie, że to podmioty prywatne – zresztą w ogromnej większości już w tej chwili niepolskie: francuskie przede wszystkim, a także włoskie – są oczywiście zainteresowane tym, żeby ta wycena była jak najlepsza. Trudno się dziwić i trudno to nawet komentować.

Natomiast trzeba wiedzieć, jak to wygląda również na etapie prowadzenia tych wycen – patrzę też na stronę pielęgniarską – jednocześnie w sposób racjonalny gospodarując zasobami ludzkimi, które mamy. Chodzi o to, żeby była dostępność tam, gdzie jest niezbędna, potrzebna, konieczna, a jednocześnie żeby nie było fikcji. Chodzi o sytuacje, kiedy ktoś jest do ośmiu godzin i ma być konsultowany co dwa tygodnie, nie wiadomo dlaczego, mimo że nic medycznie w danym momencie się nie dzieje. Patrzmy też na pewne modele, które funkcjonują w innych krajach. Warto też o tym pamiętać.

To tyle z mojej strony. Zgłaszała się pani poseł Iwona Kozłowska. Proszę uprzejmie, pani poseł.

Widzę też pana zgłoszenie, zaraz oddam głos. I tutaj też, oczywiście.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Dziękuję, panie przewodniczący.

Szanowni państwo, dziękuję, że pan przewodniczący Komisji rozpoczął tę dyskusję praktycznie od kosztów, bo chciałabym to kontynuować i przedstawić też stanowisko pacjentów wentylowanych, których te koszty najbardziej dotykają.

25 kwietnia 2022 r. prezes NFZ wydał zarządzenie, wraz z którym pacjenci wentylowani mechanicznie, nieinwazyjnie już od 1 maja 2022 r. mają obniżone wyceny taryf nawet o 62%.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, tylko żeby być precyzyjnym, to rzeczywiście, à propos tego, co mi mówi pan przewodniczący.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Ale dotyka to bezpośrednio pacjenta.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie, bo tego słuchają również osoby, które są niezwiązane z tym tematem. Żeby było jasne – pacjent nie płaci. Obniżka kosztów nie dotyczy pacjentów, tylko świadczeniodawcy.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Dobrze, oczywiście. Tak, musimy być dokładni w tych określeniach, rzeczywiście.

Poprzednia wycena funkcjonowała przez kilka lat, a w momencie, w którym wszystkie koszty życia: energii, wynagrodzeń, personelu, sprzętu itd. zaczęły rosnąć, NFZ dokonał obniżki taryf. Dla pacjentów to jeszcze mniejsza dostępność do świadczeń, ponieważ jest ona limitowana; jeszcze dłuższe kolejki na oczekiwanie. Tymczasem liczba potrzebujących wentylacji, jak państwo wiecie, stale wzrasta.

Wyceny w ramach świadczenia, jeszcze przed obniżką, były niedoszacowane względem realiów. Takie sygnały otrzymywaliśmy w ubiegłym roku praktycznie systematycznie na e-mail. Te informacje dochodziły do nas – do biur poselskich i na nasze skrzynki e-mailowe. Wprowadza się oszczędności na pacjentach, a tym samym „odbiera się im dostęp do powietrza" – jak to określają pacjenci. Niestety, ale przewlekła niewydolność oddechowa powoduje, że nie mają szans na przeżycie.

W związku z tym moje pytanie, dlaczego tak się stało i jaka jest szansa na to, aby rzeczywiście wszyscy wentylowani byli dobrze zaopatrzeni, nie czekając na kolejki, żeby zadbać o każdego pacjenta, który w tej grupie się znajduje i znajdzie się za chwilę? Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze, zaraz się dowiemy, czy są kolejki, jak to wygląda.

Bardzo proszę. Proszę się przedstawić. Proszę najpierw włączyć mikrofon.

Członek prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Damian Patecki:

Dobrze. Nazywam się Damian Patecki, jestem członkiem prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, a także anestezjologiem.

Chciałbym zwrócić uwagę na fakt odnośnie… Zacznijmy od tego nieszczęsnego liczenia prądu. Wiem, że to jest…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Mam od razu pytanie do pana, żebyśmy tu mieli pełną jasność: czy pan jest przedstawicielem świadczeniodawcy, który wykonuje tego typu usługi?

Członek prezydium NRL Damian Patecki:

Nie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Czy tylko pan reprezentuje izbę, czy reprezentuje pan również świadczeniodawcę w związku z tym?

Członek prezydium NRL Damian Patecki:

Nie. Reprezentuję samorząd lekarski.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Rozumiem, okej.

Członek prezydium NRL Damian Patecki:

Osobiście nie świadczę usług, nie jestem z nikim powiązany.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Okej, jasne. Dziękuję bardzo.

Członek prezydium NRL Damian Patecki:

Dobrze, zacznijmy więc od nieszczęsnego prądu – to i tak jest dużo tańsze niż leczenie szpitalne, które możemy zaoferować pacjentom, i chciałbym, żebyśmy myśleli o tym globalnie.

Tym, co mnie martwi w tej sytuacji jako anestezjologa praktyka, jest to, że w ostatnim czasie mieliśmy do czynienia z pewną poprawą sytuacji na intensywnej terapii, która doprowadziła do tego, że łóżka były bardziej dostępne dla wszystkich pacjentów. Tych łóżek w Polsce jest mało, głównie dzięki temu, że w Polsce rozwijał się ruch hospicyjny i pacjenci, którzy byli długoletnio na intensywnych terapiach, mogli być wypisywani do hospicjum. To nierzadko byli pacjenci, którzy zanim te hospicja powstały, np. w Łodzi, byli dwa lata na intensywnej terapii. Dzięki temu możemy ratować ludzkie życie, a to jest ważna rzecz.

Chciałbym też zwrócić uwagę na model, który mamy w Polsce. Czy koniecznie chcemy go zmieniać? Moja obawa dotyczy tego, co zaoferujemy zamiast niego. Jeśli lekarz faktycznie nie pojawia się co dwa tygodnie u pacjenta, to dobrze, bo to może znaczyć, że ten lekarz nie musi się tam pojawić osobiście. Ten lekarz jest cały czas do dyspozycji pacjenta i może tam pojechać, a może ten czas poświęcić innym pacjentom.

Może warto pomyśleć o jakiejś formie wynagrodzenia ryczałtowego? Osobiście nie świadczę takich usług, ale znam lekarzy, którzy świadczą usługi wentylacji domowej czy też w żywieniu, przeważnie to są pasjonaci, którzy są powiązani z tymi pacjentami i ich rodzinami. To nie są ludzie, którzy robią to dla pieniędzy, bo – nie oszukujmy się – dla anestezjologa czy specjalisty chorób płuc to nie jest opłacalna praca.

Zatem proszę o pewną rozwagę, globalne podejście do tematu. Bardzo się boję, że te łóżka na intensywnej terapii zapełnią się pacjentami z zaostrzeniem przewlekłej niewydolności oddechowej, których będziemy musieli leczyć, i później nie będziemy mogli pomóc ofiarom wypadków czy innych rzeczy. Dlatego czasami warto wydać więcej na ten prąd w domu niż później płacić za dobę pobytu na intensywnej terapii, która wynosi 5000 zł najtaniej, a czasami nawet więcej. Zatem bardzo proszę o rozwagę – mówię to jako lekarz i przedstawiciel samorządu lekarskiego.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Panie doktorze, żeby była sprawa jasna sprawa. Proszę o włączenie mikrofonu. My musimy mówić o wycenie procedury, bo ceny takie czy inne są w wycenie procedury. Żeby była pełna jasność – to nie jest tak, że jest osobna pula, nie wiem, na prąd. Zresztą pan doskonale wie jako lekarz, jak wyglądają negocjacje z Narodowym Funduszem Zdrowia, co jest płacone itd., bo pan w nich uczestniczy w innej dziedzinie jako świadczeniodawca lub osoba, która jest związana ze świadczeniodawcą.

Druga uwaga. Właśnie o to chodzi, żeby nie wpisywać w obowiązki tego, czego nie ma – że jeżeli ktoś nie musi być wizytowany w jakimś tam okresie, czy dwóch tygodni, czy dłuższym, żeby to nie było wpisane, a później niewykonywane. Zgodnie właśnie z tym, co pan mówi: żeby nie było fikcji, żeby lekarze byli wykorzystani w sposób optymalny, tak samo pielęgniarki.

Bardzo proszę, pan. Proszę uprzejmie.

Prezes zarządu Ogólnopolskiego Związku Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej Robert Suchanke:

Dzień dobry. Robert Suchanke, jestem prezesem Ogólnopolskiego Związku Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej, czyli osobą, która reprezentuje firmy zajmujące się tym świadczeniem.

Zajmuję się tym od 2003 r., kiedy to świadczenie zostało powołane, zaczęto je finansować. Od tego momentu mamy 10 tys. chorych w domach. Co to znaczy? Nie ma ich w szpitalach – są poza zamkniętym systemem, w najlepszym środowisku dla tych pacjentów. To świadczenie rozwija się dynamicznie. Dlaczego?

Mamy niestety w Polsce do czynienia z chorobą cywilizacyjną z POChP, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Każdy się z nią zetknął przy okazji covidu, wie o niej już zdecydowanie więcej. Jest tu pan profesor Śliwiński, który potwierdzi, że tych chorych w Polsce są minimum dwa miliony. Może w tej chwili więcej – to są dane szacunkowe. Część z tych ludzi, część z tych chorych niestety będzie skazana na respirator wcześniej czy później. Oni już są, proszę państwa. Oni są nieobjęci tą opieką, a jest ich kilkadziesiąt tysięcy, czyli jest tych chorych kilka razy więcej.

Od 2017 r. mamy do czynienia z systematyczną obniżką wyceny tego świadczenia. Panie przewodniczący, muszę panu powiedzieć, że podmioty z kapitałem polskim również są zainteresowane prawidłową wyceną tego świadczenia, nie tylko zagraniczne. Od 2017 r. stworzono różne grupy – zatem też nie jest prawdą, że pacjenci nie są podzieleni. Mamy do czynienia z grupą pacjentów inwazyjnych, z pacjentami z chorobą nerwowo-mięśniową, z dziećmi. W grupie pacjentów nieinwazyjnych mamy trzy podgrupy w zależności od czasu wentylacji – to zostało zorganizowane wcześniej.

Jakież było nasze zdziwienie, że AOTMiT, przystępując do wyceny tego świadczenia w 2021 r., przedstawił nam wyceny… Bardzo, bardzo to obniżono. Zleciliśmy własne opracowania – te dane różniły się diametralnie. Nawiązaliśmy kontakt i oprotestowaliśmy to. Dialog z AOTMiT i z Ministerstwem Zdrowia trwa do dziś.

W maju 2022 r. przedstawiliśmy konsensus wypracowany przez środowiska naukowe, czyli przez Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, przez Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Polskie Towarzystwo Neurologiczne. Skonsultowaliśmy to z pacjentami, ze środowiskiem świadczeniodawców również. Pojawił się konsensus. Przedstawiliśmy to w AOTMiT.

Jak państwo słyszeli, ta ścieżka została rozszerzona na cały problem przewlekłej niewydolności oddechowej w Polsce. Dostosowaliśmy się do tego. W październiku przedstawiliśmy program, jak to widzimy, żeby to było zorganizowane w Polsce jak najlepiej. Wydaje nam się, że jako praktycy mamy trzeźwe i racjonalne spojrzenie. Niestety proces się nie zakończył. Ostatnio, pod koniec roku, otrzymaliśmy do oceny projekt AOTMiT, przedstawiający to świadczenie, z którym się nie zgadzamy, ponieważ jeszcze bardziej ogranicza dostęp do tego świadczenia i praktycznie pozostawia wizyty interwencyjne bez wizyt planowych. Zgadzam się, że wizyty powinny być dostosowane do stanu pacjenta. Rozmawialiśmy o tym, ten nasz projekt to przewidywał.

Nadmienię jeszcze – bo to nie jest tylko to, że taryfa spada – że w tej chwili, proszę państwa, 30% naszych pacjentów jest pozbawionych finansowania. 30% to jest ok. 3 tys. pacjentów. Narodowy Fundusz Zdrowia ma w nadwykonaniach i na koniec roku proponuje nam spłatę tych nadwykonań w wysokości 30%, czyli zdecydowanie poniżej kosztów, zdecydowanie poniżej wszystkiego.

Ta sytuacja trwa od lat. Oczywiście, mamy procesy w sądach. Najstarszy, z tego, co się orientuję, jest z 2011 r. Sprawa jest jeszcze niezakończona, oczywiście kwota odsetek wielokrotnie przekroczyła już kwotę dochodzoną. Większość z tych procesów wygrywamy.

W obliczu zadań, które nas czekają, ta sytuacja nie wygląda dobrze. Pacjentów będzie przybywać – powietrze mamy, jakie mamy, choroba POChP. Mimo wysiłków pulmonologów i całego środowiska lekarskiego nadal będzie w Polsce rosła liczba tych pacjentów.

To, co ja mogę powiedzieć: naprawdę prosimy o ten dialog. Jesteśmy za tym, żeby to świadczenie dopasować do naszych pacjentów, tak żeby to było najbardziej skuteczne. Nie możemy porównywać naszej organizacji służby zdrowia z krajami takimi jak Francja, Niemcy, Szwajcaria – są to kompletnie inne systemy. W Polsce mamy system scentralizowany, szpitalny, bez rozwiązań socjalnych takich jak w innych krajach czy opiekunów medycznych itd. Jesteśmy za tym dialogiem.

Mam też zapewnienia – udało mi się zamienić parę słów z panem ministrem – że ten dialog będzie. Jesteśmy pełni obaw, bo projekt, który ostatnio wyszedł z AOTMiT, mocno nas zaniepokoił, ale rozumiem, że jest nieskończony. Mamy więc szansę kontynuować i nadal go modyfikować. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Myślę, że rzeczywiście dialog ze sobą prowadzić należy, to jest poza dyskusją. Systemy rzeczywiście nie przystają do siebie, również z tego powodu, że w Polsce dopiero teraz wprowadza się podział na grupy w zależności od liczby godzin. Ten podział jest już w innych miejscach, więc na temat wyceny możemy pewnie długo rozmawiać. Ważne, żeby ta wycena była dobrze zrobiona, właśnie po to, żebyście państwo rzeczywiście mogli poszerzać tę grupę chorych i żeby nie było nadwykonań, o których pan mówi. W pełni

zgoda, żeby grupa pacjentów, która może być leczona i prowadzona w domu, bez hospitalizacji, była rzeczywiście jak największa – dla tych, którzy tego potrzebują.

Z tym wiąże się, niestety, jeszcze kolejny element, mianowicie kierowanie i rozpoznawanie potrzeby tego typu terapii. Potrzeba, żeby to byli rzeczywiście lekarze, którzy mają odpowiednie kwalifikacje do robienia tego, przede wszystkim z oddziałów pulmonologicznych, a nie, nie wiem, z oddziałów ortopedycznych czy różnych innych, co też się zdarzało w przeszłości. Chodzi o to, żeby rzeczywiście to kierowanie było właściwe.

Ostatnia sprawa. Jeżeli w tej chwili mamy 85% tych świadczeń wykonywanych przez podmioty zagraniczne, to pozwolę sobie postawić pytanie retoryczne: czy skupowanie tych świadczeń przez podmioty zagraniczne świadczy o tym, że one są poniżej kosztów, czy że są w miarę dobrze wycenione? Oczywiście, kwestia limitów i innych spraw to jest zupełnie inna rzecz. Tutaj rzeczywiście nie powinno być nadwykonań – co do tego zgoda.

Pan poseł Hardie-Douglas, bardzo proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Myślałem, że nie będę się wypowiadał, ale słucham tutaj…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

My czekamy, panie pośle, na pana wystąpienie.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Wiem, że pan czekał…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

I, przepraszam, pani poseł Szczurek-Żelazko będzie zaraz po panu pośle.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Panie przewodniczący, mówienie po raz kolejny o zagranicznych podmiotach, które się zajmują czymś, czym widocznie nie chcą się zajmować polskie podmioty, jest jakieś absurdalne zupełnie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie, nie. Zajmowały się polskie podmioty, ale zostały wykupione – to w ten sposób, należy być precyzyjnym.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Co w tym złego? Jesteśmy …

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie, nie mówię, że jest w tym coś złego, tylko mówię tylko o tym, czy to jest przynajmniej opłacalne, czy nieopłacalne.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Zatem na tym to wszystko polega w ogóle w opiece zdrowotnej. Mówimy o tym od lat, że każda procedura powinna być opłacalna – powinna zwrócić koszty wykonania tej procedury, powinna generować niewielki zysk. Tak się nie dzieje. Od lat mówimy, że procedury są niedoszacowane, co powoduje konkretne problemy.

W ogóle absurdalne jest pojawienie się przy tym temacie nadwykonań. W ogóle nie powinno ich być. To jest wstyd, że w ogóle mówimy o czymś takim. Czy pan przewodniczący sobie wyobraża, nie wiem, że wskazania są naciągane i ludzie są niepotrzebnie wentylowani mechanicznie?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ale panie pośle, ja powiedziałem… Tu się z panem zgadzam, że nie powinno być nadwykonań. Tu się z panem zgadzam…

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Ale są, tak?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

…tylko trzeba…

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

A fakt, że…

Poseł Tomasz Zimoch (Polska 2050) – spoza składu Komisji:

Pozwólmy na swobodną wypowiedź panu posłowi, panie przewodniczący. Co zdanie, to pan komentuje. Niech pan Hardie się wypowie.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Ale pan jest komentatorem.

Poseł Tomasz Zimoch (Polska 2050) – spoza składu Komisji:

Nie, właśnie komentuję, o dziwo, takie zachowanie przewodniczącego.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Ja sobie, przyjacielu, dam radę, tak że spokojnie.

Jeszcze raz chcę do tego wrócić, bo teraz się śmiejemy, ale to jest poważny temat. Chcę wrócić do tego, co powiedział pan doktor anestezjolog, przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej, bo to jest bardzo ważna wypowiedź.

W szpitalu, w którym pracuję, obserwowałem na OIT-ach, na OIOM-ach łóżka zajęte przez chorych, którzy w ogóle nie powinni tam leżeć. Całymi miesiącami są wentylowani mechanicznie, dlatego że nie ma gdzie ich przesunąć. Nie dość, że łóżko na OIOM-ie jest najdroższym łóżkiem w szpitalu, to jeszcze do tego ci chorzy są nadkażani w sposób oczywisty, dlatego że flora szpitalna jest przecież inna. Czyli dla nich najlepszym rozwiązaniem jest wentylacja w domu.

Tu już nie chodzi o to, żeby rozmawiać, chodzi o to, żeby to naprawić. Nie może być takiej sytuacji, że doprowadzimy do tego, że tak ważny element naszej opieki zdrowotnej zacznie zamykać łóżka, ponieważ to prowadzi nieuchronnie do tego, o czym mówił pan doktor z NIL – że z powrotem zaczniemy mieć to, co się na chwilę poprawiło. Znowu, że tak powiem, będziemy to obserwować – zajęcie łóżek szpitalnych przez chorych, którzy tych łóżek w ogóle nie powinni zajmować.

Zwracam się do pana ministra – proponuję, żebyście państwo naprawdę przyjrzeli się temu, ponieważ nie jest to pierwszy przypadek, że AOTMiT całymi miesiącami deliberuje na temat wysokości procedury, nie bierze pod uwagę tego, że przez te miesiące rośnie inflacja, rosną różnego rodzaju koszty stałe, a potem wypluwa, że tak powiem, wycenę procedury zupełnie nieadekwatną do sytuacji. Naprawdę apeluję, żebyście państwo podeszli do tego poważnie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękujemy bardzo za apel. Pani poseł Szczurek-Żelazko, proszę uprzejmie.

Poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, myślę, że wszyscy się zgodzimy, że rozwój tego rodzaju świadczeń, czyli wentylacji mechanicznej w warunkach domowych, to jest ten kierunek, który powinien nabrać dynamiki.

Rzeczywiście jest to jedno z najmłodszych, w cudzysłowie, „świadczeń:, bo weszło później niż inne świadczenia w system finansowania przez NFZ, ale z uzyskanych informacji, tj. ministerstwa czy NFZ, wynika, że liczba świadczeń kontraktowanych tego rodzaju rośnie. Z roku na rok mamy coraz więcej zakontraktowanych świadczeń. Kwoty, które są przeznaczane, również są z roku na rok większe. To jest dobry kierunek.

Oczywiście nie powinniśmy się zadowalać tym, że sytuacja jest taka, tylko jeszcze zrobić wszystko, żeby liczba miejsc dla tych pacjentów była coraz większa, bo rzeczywiście zalegają szpitale… „Zalegają" to brzydkie słowo. Ci pacjenci po prostu przebywają w szpitalach i niestety ograniczają potencjał przyjęcia innych pacjentów.

Natomiast chcę zwrócić uwagę na jedną rzecz – pan o tym powiedział – w sprawie metodologii wyceny. Z tego, co wiem, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ocenia na podstawie danych, które uzyskuje od świadczeniodawcy. Zatem to państwo wysłaliście takie dane, że takie macie koszty w poszczególnych rodzajach kosztów –przecież rachunek kosztów jest jednolity, obowiązuje wszystkich świadczeniodawców – i na tej podstawie te ceny zostały wysymulowane. Jest to cena, która wynikała z faktycz-

nych kosztów poniesionych przez świadczeniodawców. Ale cieszę się, że tu jest otwarcie i że będzie można jeszcze na ten temat dyskutować, aby ostatecznie dojść do porozumienia w taki sposób, żeby nie ograniczyć dostępności do świadczeń.

Jeżeli chodzi o kolejki, to mam takie pytanie, dlatego że cały czas państwo mówicie o kolejkach. Pan prezes mówił, że 30% pacjentów zostało pozbawionych finansowania. Myślę, że ta retoryka nie jest właściwa do określenia tego problemu. Zawsze w służbie zdrowia, w ochronie zdrowia, poza świadczeniami z zakresu ratownictwa medycznego, intensywnej terapii, inne świadczenia były finansowane w określonym trybie. Państwo o tym doskonale wiecie, bo przecież podpisując umowy, wiecie, jakie umowy podpisujecie. Myślę, że rozmowy na ten temat i ustalanie środków, które są należne świadczeniodawcom za nadwykonania, powinny być prowadzone w relacjach z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Niemniej jednak myślę, że jest to kierunek, który powinien być… Nie myślę, tylko wszyscy jesteśmy zgodni, że ten kierunek powinien być rozwijany, bo rzeczywiście pacjent w leczeniu domowym przy użyciu specjalistycznego sprzętu może być lepiej zaopiekowany, wypielęgnowany czy też zaopiekowany pod względem lekarskim tak samo jak w szpitalu, ale koszty jednak są zdecydowanie niższe i komfort leczenia tego pacjenta jest zupełnie inny.

Zatem myślę, że rozmowy, o których państwo mówicie, doprowadzą do tego, że opieka długoterminowa w tym zakresie będzie kontynuowana, a wręcz rozwijana. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Proszę uprzejmie.

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska:

Dziękuję za głos. Mariola Łodzińska, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Dzień dobry.

Chciałabym tylko sprostować, panie przewodniczący, że przejęcie a sprzedanie to są dwie różne rzeczy. Nie mówimy o przejęciu, tylko o sprzedaży udziałów, jeśli chodzi o firmę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, to prawda.

Wiceprezes NRPiP Mariola Łodzińska:

Jeżeli ktoś sprzedaje, to myślę, że też możemy domniemywać, że być może było to nieopłacalne, skoro to sprzedał. Ale abstrahując od tego, żebyśmy byli…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ale ktoś kupił z kolei…

Wiceprezes NRPiP Mariola Łodzińska:

Oczywiście, że tak.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

…chyba nie po to, żeby przejąć straty.

Wiceprezes NRPiP Mariola Łodzińska:

Tak, dokładnie tak: ktoś to kupił, ale ktoś się też tego pozbył, żebyśmy byli precyzyjni.

Natomiast myślę, że mogę w tym momencie podziękować ministrowi zdrowia i Ministerstwu Zdrowia za to, że w trybie priorytetowym podjęli działania w zakresie ponownej wyceny i przeliczenia opieki długoterminowej domowej. Żeby tak nie było źle, to chcę w tym miejscu za to podziękować. Czekamy na wyniki tych prac.

Mam też pytanie do pani dyrektor z Agencji Oceny Technologii Medycznych, ponieważ miałam okazję uczestniczyć w grudniu w posiedzeniu Rady do spraw Taryfikacji w zakresie właśnie wyceny opieki długoterminowej domowej. Zwracaliśmy uwagę na to, że poza samą realizacją świadczenia należy uwzględnić również dojazd. Mam pytanie: czy w wycenach bierzecie państwo pod uwagę również dojazd do pacjenta? Jeżeli tak, to czy jest brana pod uwagę odległość do tego pacjenta?

Fundusz Zdrowia zwracał nam czasami uwagę, że świadczeniodawcy najchętniej biorą tylko realizację świadczeń w obrębie bliskiej odległości od komórki organizacyjnej, żeby

nie trzeba było tracić środków finansowych i czasu na dojazd do pacjenta. Zatem moje pytanie jest właśnie takie: czy bierzecie państwo pod uwagę również dojazd do pacjenta? Biorąc pod uwagę chociażby właśnie tych wentylowanych mechanicznie, bo dzisiaj temu tematowi poświęcamy czas. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Bardzo proszę.

Dyrektor biura zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym" Tomasz Michałek:

Dzień dobry. Panie przewodniczący, szanowni państwo, Tomasz Michałek, dyrektor biura zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym", związek stowarzyszeń.

Oczywiście monitorujemy opiekę długoterminową od początku powstania koalicji, czyli już od ponad 10 lat. Muszę powiedzieć, że nasz obraz jest z roku na rok coraz gorszy, dlatego że z opieką długoterminową wcale nie jest lepiej, tylko jest co roku coraz gorzej, szczególnie z opieką domową. Dlaczego? Dlatego, że obserwujemy od wielu lat systemowe szukanie oszczędności w opiece domowej. Przykładem jest właśnie pielęgniarska opieka długoterminowa domowa czy też w ostatnich latach wentylacja domowa.

Rozumiem argumenty, że oczywiście ministerstwo chciałoby jak najbardziej optymalizować to świadczenie. Natomiast myślę, że w pierwszej kolejności trzeba tutaj – to, co powiedział jeden z państwa, pan poseł – zagospodarować tych pacjentów, którzy są ponad kontraktami. Dla mnie to jest niewyobrażalne, że przez tyle lat NFZ jest informowany o tym, że ileś tam – tutaj usłyszeliśmy liczbę 3 tys. – pacjentów jest poza kontraktem, znajdują się pod opieką i w zasadzie jest to przerzucane na świadczeniodawców na zasadzie: „Ryzykuj, może ci zapłacą, a może nie zapłacą". Szanowni państwo, tak naprawdę to dawno powinno być rozwiązane, a my co roku słyszymy, że ten problem się nawarstwia.

Kilka razy była mowa o prądzie. Z naszego punktu widzenia rozwiązanie jest bardzo proste. Jeżeli mówimy o pomocach socjalnych, bo rekompensata za prąd jest rodzajem pomocy socjalnej, to takie rzeczy rozwiązuje się w taki sposób, że koordynuje się opiekę zdrowotną z opieką społeczną czy też socjalną. W Polsce niestety nie widzimy tej koordynacji jako koalicja. Jedno ministerstwo prowadzi swoją politykę, drugie ministerstwo – mówię o Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej – prowadzi swoją, nie rozmawiacie państwo za sobą. Widzimy to od wielu, wielu lat, chociaż wszyscy wskazują na to, że taka koordynacja jest absolutnie potrzebna, jeżeli chcemy uzyskać jakieś pozytywne efekty.

Wreszcie, muszę państwu powiedzieć, że nie do końca zrozumiałem wypowiedzi dotyczące tego modelu, który w tej chwili jest w opracowaniu w AOTMiT. Prześledziliśmy ten projekt, który krąży od jakiegoś czasu po organizacjach. Mamy trzy świadczenia: mamy obturacyjny bezdech senny, mamy koncentratory tlenu i mamy właśnie wentylację z użyciem respiratorów. Szanowni państwo, to są trzy różne systemy refundacji. To jest naprawdę skomplikowana sprawa i jakoś trudno mi uwierzyć, widząc na jakim etapie są w tej chwili te prace, że – tutaj padła taka deklaracja, chyba ze strony pana ministra – już w przyszłym miesiącu to będzie gotowe. Projekt nowego modelu absolutnie nie wygląda, jakby był gotowy.

Podam jeden przykład: laik się może zorientować, że w tej chwili w tym projekcie lepszą opieką chcecie państwo objąć pacjentów z obturacyjnym bezdechem sennym niż pacjentów pod respiratorami. To jest odwrócenie jakiejś sytuacji, to jest kuriozalne.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Już widzę, że jest chyba niezrozumienie z pana strony i będzie to wyjaśnione – bo tu już widzę po reakcjach.

Dyrektor biura zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym" Tomasz Michałek:

Mam taką nadzieję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Zatem proszę raczej pytać niż stawiać tezy, dobrze?

Dyrektor biura zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym" Tomasz Michałek:

Dobrze.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Usłyszy pan odpowiedź.

Dyrektor biura zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym" Tomasz Michałek:

Literalnie jest tak napisane. Widzimy, jak jest tam opracowana jedna grupa, jeśli chodzi o dostępność do świadczeń, a jak druga grupa. Nam się wydaje – i myślę, że to jest dla wszystkich oczywiste – że pacjenci, którzy znajdują się pod respiratorem, powinni mieć największe, najszersze świadczenia.

Nikt nie użył takiego słowa jak „telemonitoring", prawda? To jest jakieś rozwiązanie przyszłościowe, które ograniczy koszty, ograniczy wizyty lekarskie, ale z drugiej strony da nam możliwość monitorowania stanu tego pacjenta, po to żeby, broń Boże, on nie pojawił się niepotrzebnie w szpitalu, bo przecież koszty hospitalizacji – tu się wszyscy, jak rozumiem, zgadzamy – są tym, czego chcielibyśmy uniknąć. Przyznam szczerze, jak słucham państwa i jak obserwujemy te wszystkie dokumenty, które przez nas, przez koalicję, przechodzą, to nie widzimy dążenia do tego celu, a celem powinno być trzymanie pacjenta jak najdalej od szpitala. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan przewodniczący Piecha, proszę.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Dość długo obserwuję tę scenę i dyskusje, które się toczą na tego typu posiedzeniach Komisji, zawsze są dwie grupy.

Pierwsza grupa to są pacjenci i dla mnie to ona jest najważniejsza. Pacjenci – to jest dostępność do określonego świadczenia i danej technologii. Nie możemy mieć wszystkiego, szanowny panie prezesie, bo to jest niemożliwe. Są różne technologie, które się pojawiają z dnia na dzień. One są szalenie drogie i w sytuacji ubezpieczeń społecznych, jakichś zdrowotnych, jakie istnieją chociażby w Europie czy w krajach cywilizowanych, zawsze będzie troszeczkę opóźnienia do tych nowych zdobyczy technologicznych. To jest pierwsze.

Po drugiej stronie są świadczeniodawcy. Przecież to nie jest tak, że państwo tę wentylację mechaniczną robicie charytatywnie, bo wtedy w ogóle nie byłoby tego posiedzenia Komisji, bo działoby się to tylko i wyłącznie za pomocą różnego rodzaju filantropii. Takie rzeczy są na świecie: filantropia, fundacje itd. I to jest ten bój. Ja to pamiętam.

Po pierwsze, największy bój był stoczony pomiędzy tymi, którzy musieli korzystać ze sztucznej nerki… To była pierwsza sprawa, gdzie była wycena świadczenia zdrowotnego. Pojawiły się dwa podmioty: pacjent, który nagle uzyskał dostęp i musiał być podłączony do sztucznej nerki i dializowany, oraz świadczeniodawca, który zawsze stawiał warunki. Pierwsze wyceny były wysokie, potem też się skurczyły. I to jest prawda.

Dla mnie najważniejszą sprawą jest to, jak wygląda sprawa kolejek. Czy jest coś takiego jak kolejka do opieki długoterminowej z udziałem pewnych rodzajów wentylacji domowej, czy jej nie ma? Nie usłyszałem, ilu pacjentów czeka. Może 3 tys., a może nie. Te sprawy powinno zbierać ministerstwo. Ministerstwo z Narodowym Funduszem Zdrowia muszą powiedzieć, jak to jest realizowane.

Z drugiej strony jest koszt świadczenia. Koszt świadczenia będzie się zmieniał, czy nam się podoba, czy nie, bo zmienia się technologia, zmieniają się ceny urządzeń, zmienia się model postępowania. Od tego jest AOTMiT. Agencja będzie to musiała robić, to jest jasne.

Trzeci problem, który się pojawił, to problem współpracy, czyli wzmocnienia socjalnego. Narodowy Fundusz Zdrowia nie będzie płacił za prąd, to jest pewne, nie ma prawnie takiej możliwości. Pacjent, choćby nie wiem co sobie życzył, nie dostanie od Narodowego Funduszu Zdrowia 100 zł na zakup leków, tylko dostanie zakup leków refundowanych w pewnej części, z dopłatą czy bez dopłat. Według mnie nie ma w Polsce takiej instytucji, która płaci za prąd, bo ktoś jest chory, a nawet – patrzę na pana posła Douglasa, który wprowadziłby to pewnie – nie będzie, bo takich rzeczy po prostu się nie stosuje w systemach opieki zdrowotnej. Poza Francją, kiedy zwraca się koszty ponoszone pod pacjenta, jak on uprzednio zapłaci; bo jak nie zapłaci, to nikt mu nie zwróci.

Nie mamy takich systemów zwrotu kosztów ponoszonych dla pacjenta, w związku z tym musimy pamiętać o tym, że sprawa prądu to są sprawy socjalne. Z tego, co pamiętam, w tar-

czy dotyczącej ochrony przed wzrostem kosztów są specjalne tryby, które upoważniają nasze jednostki socjalne do tego, żeby tego wsparcia używać, jeżeli ktoś wystąpi z wnioskiem. Ten wniosek mam na mObywatel – mam taki wniosek, mogę kliknąć i go wypełnić.

No tak, ale ktoś musi wypełnić, że korzysta z takiego, a nie innego rodzaju niepełnosprawności i należy mu się jakaś tam mrożona cena energii do większej ilości mocy, która jest.

Zatem jakiś taki system jest. Może on jest niewystarczający, może ta grupa pacjentów nie jest identyfikowana – tego nie wiem. Nie wszyscy zużywają koszmarne ilości prądu. Rozumiem, że wentylacja mechaniczna 24-godzinna, jeszcze inwazyjna, to jest całkiem inny model niż te kwestie senne, które są jednak mniej kosztowe. Natomiast zależy nam przede wszystkim na tym, żeby dostępność była taka, jaka jest potrzebna. Od tego są specjaliści, którzy kwalifikują. Z drugiej strony chodzi o wycenę tego świadczenia, która byłaby na jakimś poziomie, z trzeciej – ewentualnie o osłony socjalne. To jest jasne, to się będzie zmieniać, to nie ulega najmniejszej wątpliwości.

Dla mnie najważniejszą sprawę z punktu widzenia Komisji i z punktu widzenia pacjenta jest dostępność. Czy on ma dostęp do tego typu świadczenia? Pozostaje poza jakąkolwiek dyskusją, że pacjent w domu jest pacjentem tańszym i bezpieczniejszym niż pacjent w szpitalu. Nie we wszystkich sprawach, ale prawie we wszystkich.

Panie doktorze, pan jest anestezjologiem – ile zakażeń szpitalnych jest na OIOM-ie, a ile może ich być w domu? Leczenie tych szpitalnych to są takie koszty antybiotyków i udzielanego wsparcia, że się nam nawet nie śni. Powinno nam na tym zależeć. Z drugiej strony pan, jako doświadczony anestezjolog, wie, że – teraz użyję takiego bardzo nieformalnego zwrotu – sprzedanie pacjenta, który długotrwale jest wentylowany mechanicznie w warunkach OIOM-u, jakiejkolwiek jednostce jest bardzo trudne, ponieważ – gdzie? do domu? Do domu to trzeba przygotować rodzinę, odpowiednie zaplecze itd. Na dobrą sprawę zostaje tylko i wyłącznie hospicjum, które się tym zajmuje. Tych hospicjów też nie ma. I to też nie jest tylko dlatego, że jakby ten koszt jest niewyszacowany.

Pytanie mam jedno: jak wygląda kolejka na to świadczenie? Ile powinna wynosić wycena tego typu świadczenia, pozostawmy jednak fachowcom i nie angażujmy nas, bo ja nie wiem, ile powinno wynosić świadczenie. Mimo iż byłem dyrektorem szpitala, który prowadził dializoterapię, mogłem tylko bazować na tych moich kalkulacjach wyceny świadczenia, które niekoniecznie się zgadzały z wyceną ministerstwa.

Natomiast plan biznesowy, o którym mówił pan prezes, przedstawiciel świadczeniodawców, jest jasny. Dla mnie jest to dyscyplina medycyny, która się będzie rozwijać, dlatego tam są prowadzone inwestycje. To nie jest tak, że ktoś, kto przejmuje jakiś dział w medycynie do leczenia, straci – nie straci. Ale naszym obowiązkiem jest zapewnienie, jak mówię, stabilnego działania biznesowego, żeby on mógł po prostu realizować dostępność dla pacjenta. Zawsze będzie spór pomiędzy możliwościami finansowymi, rzetelną wyceną a planem biznesowym, bo plan biznesowy może być różny. Znamy te systemy – 30 lat obserwujemy, jak wyglądają różnego rodzaju przesunięcia wycen. Było tak, że kardiologia inwazyjna miała w zasadzie zginąć, a nie zginęła.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Ale ma się coraz gorzej.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

To, że coraz gorzej, to pan mówi od paru lat, a ja tu słyszę to trzy lata, więc to mnie nie dziwi. Rozumiem, że jak to się zmieni, to się będzie miała coraz lepiej. Wtedy będę mówił, że się ma coraz gorzej. Zostawmy tę rzecz polityczną. To jest świadczeniodawca, możliwości pacjenta. Dla nas najważniejszą cechą jest dostęp: czy pacjent ma dostęp do tego świadczenia, jak potrzebuje. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan poseł Haidar, proszę uprzejmie.

Poseł Riad Haidar (KO):

Dziękuję bardzo.

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, bardzo się cieszę z tego posiedzenia Komisji i z tej tematyki, bo jak widać, w zasadzie wszyscy się zgadzamy wokół tego tematu i wiemy doskonale, gdzie jest problem. Jest to sytuacja, która, być może, jeżeli nie podejmiemy jakichś kroków zaradczych, wymknie się nam spod kontroli. Mówiliśmy o wycenie, o różnych kosztach itd. Uwierzcie państwo, że problem takiego pacjenta w domu to jest ogromny koszt, nie tylko dla tego pacjenta, dla środowiska – dla wszystkich.

Nie zapominajmy także w tej dyskusji o problematyce dzieci. Zwracam się do kolegi doktora z Naczelnej Izby Lekarskiej. Uważam, że powiedział bardzo ważną rzecz. My, którzy nie pracujemy na oddziałach intensywnej terapii i OIOM-ach dziecięcych, nie wiemy dobrze, jaka jest tam sytuacja. Naprawdę, znalezienie miejsce dla noworodka nieraz graniczy z cudem. Wiadomo, rozwój medycyny spowodował, że ratujemy wiele dzieci, wiele istot, które później potrzebują niestety długotrwałej wentylacji – czy to będzie wentylacja mechaniczna, czy to będzie Infant Flow, czy to będzie jakiś inny sposób. Nieraz brakuje, już nie mówiąc o rękach do pracy, miejsc. W pewnym momencie umieszczenie jakiegokolwiek noworodka, który rodzi się w danej chwili, tak żeby trafił na OIOM dziecięcy, graniczy z cudem – z racji tego, że są dzieci, które powinny być gdzieś indziej: w hospicjach czy w domach opieki, ale nie ma dokąd ich wysyłać. Nie jesteśmy przygotowani, ani jako społeczeństwo, ani jako służba zdrowia, do opieki nad takimi pacjentami.

Naprawdę śmiech na sali, że dyskutujemy o kosztach i nadwykonaniach w tej akurat dziedzinie. To nie powinno mieć miejsca, bo takich pacjentów było i będzie, być może, coraz więcej, ale ich koszty nie są tak duże, jak gdyby ten pacjent leżał w szpitalu. Dzienny pobyt noworodka na oddziałach intensywnej terapii to jest ponad 15–20 tys. zł, licząc całą tzw. opiekę nad noworodkiem. To są dane nie z mojej kieszeni, tylko to są dane, które są oparte na danych z literatury, nawet amerykańskiej.

Dlatego warto zwrócić także uwagę na ten temat i zlikwidować tzw. problem kolejki, bo, panie doktorze… Nie ma doktora Piechy, ale są kolejki, niestety. Te kolejki nieraz mogą być śmiertelne dla tych pacjentów, a nie chcę mówić na temat posocznic, infekcji wewnątrzszpitalnych, ich skutków i kosztów leczenia pacjentów. Zatem warto na tę dziedzinę medycyny dawać pieniądze i warto w to inwestować. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Zanim pan minister odpowie… A, jeszcze widzę zgłoszenia. Proszę uprzejmie.

Wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów Dominika Batycka-Stachnik:

Dominika Batycka-Stachnik, Krajowa Izba Fizjoterapeutów.

Proszę państwa, myślę, że jest jeszcze jeden czynnik, o którym powinniśmy pamiętać. Dyskutujemy o tym w bardzo szczególnym momencie – kiedy zaciągnęliśmy dług zdrowotny związany z covidem. Sytuacja covidowa doskonale nam pokazała, jak wyglądała sytuacja na intensywnych terapiach, kiedy na łóżkach przeznaczonych do leczenia innych pacjentów, że tak powiem, zalegali pacjenci covidowi ze względu na zaostrzenie niewydolności oddechowej. Myślę, że pan profesor i pan doktor, który jest anestezjologiem, mogą bardzo dużo powiedzieć na ten temat.

Ja akurat pracuję w takim szpitalu, obserwowałam tę całą sytuację. Zobaczcie państwo, w sytuacji, kiedy jeszcze nie udało nam się wyjść, że tak powiem, na prostą z niektórymi procedurami, np. zabiegami kardiochirurgicznymi, tudzież innymi zabiegami ratującymi ludzkie życie czy poprawiającymi jakość życia pacjenta, nagle stajemy przed sytuacją, że na te intensywne znowu nadciągnie ogromnie dużo pacjentów w zaostrzeniu niewydolności oddechowej. Tego powinniśmy unikać, bo przerobiliśmy to dopiero co, prawda?

Mamy też ogromne rzesze pacjentów pocovidowych, którzy również trafili do wentylacji domowej, sama się zajmowałam m.in. takimi pacjentami. Tak naprawdę było to skrócenie ścieżki pobytu pacjenta w szpitalu, zmniejszenie kosztów hospitalizacji, wyprowadzenie tego pacjenta do wentylacji domowej, bardzo intensywna praca nad tym pacjentem. Trochę z takim niepokojem słyszę, że gdzieś wizyty są pomijane, ci pacjenci

są niezaopiekowani – to jest nieprawda. To jest ogromna praca lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, żeby tych pacjentów…

Jeśli pan o tym wie… Ja o tym nie wiem. Tak jak mówię…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Wie pani co, przepraszam, muszę sprostować jedną rzecz, żeby nie było znowu fałszywego wrażenia, bo m.in. ja o tym mówiłem. Nikt nie mówi, że pacjenci są niezaopiekowani, nie o to chodzi. Chodzi po prostu o to, żeby lekarz czy pielęgniarka docierali do pacjenta wtedy, kiedy trzeba, a żeby nie było pewnych elementów, nawet wpisanych w kontrakt, bo to nie o to chodzi. Chodzi o to, żebyśmy w racjonalny sposób gospodarowali również kadrą medyczną, której nam brakuje.

Zakładam, że pacjenci są zaopiekowani dobrze. Tak zakładam – nie mam powodu mówić inaczej. Chyba że są pojedyncze przypadki w niektórych miejscach, bo słyszę tu teraz głos i komentarz, że są również takie sytuacje złego zaopiekowania.

Przepraszam, proszę kontynuować. Trzymajmy się też tematu dzisiejszego posiedzenia Komisji.

Wiceprezes KRF Dominika Batycka-Stachnik:

Dobrze, to bardzo dziękuję za doprecyzowanie.

Cały czas mówimy o wentylacji domowej. Weźmy też pod uwagę, że grupa pacjentów pocovidowych jest i ona prawdopodobnie będzie. Będzie też zasilała grupy, o których mówił pan doktor, czyli pacjentów z zaostrzeniem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc czy też liczbę tych pacjentów, która może być niedoszacowana. Weźmy pod uwagę, że w grupach pacjentów, którzy przeszli covid, również prawdopodobnie pojawią się tacy pacjenci.

Zatem z mojej strony myślę, że dołączam się do głosu wszystkich państwa, żeby naprawdę bardzo mocno rozważyć kwestię wyceny, żeby nie doprowadzić do sytuacji, kiedy te intensywne terapie zostaną, rzeczywiście, zagęszczone, że tak powiem brzydko, przez pacjentów, którzy tak naprawdę mogliby tam nie trafić, gdyby mieli właściwą opiekę w domu. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Jeszcze tu widziałem jedno zgłoszenie, bardzo proszę.

A, jeszcze też widziałem zgłoszenie przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia. To zanim oddam głos panu ministrowi czy przedstawicielowi AOTMIT-u, oddam jeszcze głos przedstawicielowi NFZ. Proszę uprzejmie.

Przedstawiciel Stowarzyszenia Pacjentów na Rzecz Wentylacji Domowej „Jednym Tchem!” Maria Dzięcielska:

Mogę, tak?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę bardzo.

Przedstawiciel Stowarzyszenia Pacjentów na Rzecz Wentylacji Domowej „Jednym Tchem!” Maria Dzięcielska:

Dzień dobry państwu. Nazywam się Maria Dzięcielska i jestem tutaj, jak się okazuje, chyba jedynym przedstawicielem organizacji pacjenckiej, ponieważ reprezentuję stowarzyszenie pacjentów „Jednym Tchem!”. Żałuję, że nie mogliśmy tutaj być w większym gronie, ale i tak cieszę się, że doszło do takiego spotkania i możemy rozmawiać o problemach, które spotykają pacjentów.

Myślę, że jesteśmy w takim lekkim paradoksie, ponieważ od ponad roku pacjenci starają się zwrócić na siebie uwagę, na problemy, z którymi spotykają się w naprawdę wielu kwestiach, które z biegiem czasu – tak jak tutaj zauważyliśmy – nawarstwiają się, po prostu ich przybywa. Warto zwrócić uwagę na to, że ci pacjenci nie przyjdą tutaj tłumnie, pod Sejm, nie przyjdą protestować zwyczajnie, bo w większości są to pacjenci niemobilni. Ani oni nie przyjdą, nie ruszą się z domu, większość z nich, ani też ich opiekunowie, bo po prostu muszą przy nich czuwać. Proszę zwrócić na to uwagę, żeby jakoś lepiej poznać ich perspektywę i to, jak wyglądają ich realia.

Chciałabym dołączyć się do wniosku pana przewodniczącego, żebyśmy się trzymali w zasadzie tematu dzisiejszego posiedzenia, którym są zarówno obniżki taryf w ramach świadczenia wentylacji mechanicznej, jak i znoszenie się świadczeń w ramach jednej opieki długoterminowej. Padło stwierdzenie, że pacjenci nie płacą z własnej kieszeni za te wycenione taryfy, płacą czymś więcej – płacą po prostu swoim życiem. Myślę, że możemy do tego to sprowadzić. Dlaczego płacą swoim życiem? Oczywiście firmy świadczeniodawców, NFZ czy Ministerstwo Zdrowia mogą rozmawiać o tym, kto więcej dokłada czy płaci. Szczerze mówiąc, nie naszą rolą, pacjentów, jest to, żeby w tym zakresie zabierać głos, nie o to chodzi, tylko że konsekwencje tych działań bezpośrednio dotyczą pacjentów.

Mówię dlaczego. Po tym, jak zostały wprowadzone w życie obniżki taryf wraz z zarządzeniem prezesa NFZ, pacjenci zaczęli do nas dzwonić z różnych województw i sygnalizować, że np. zostały wstrzymane przyjęcia tych pacjentów. Wracamy do tego, czy jest dostępność świadczenia dla nich, czy jej nie ma, czy jest dostępność pomocy w opiece nad ich zdrowiem. Były takie przypadki, w których nie było. To jest sytuacja, w której pacjenci są bezpośrednio poszkodowani.

Mówiliśmy też o kolejkach, czy są kolejki. Do nas również dzwonią pacjenci z tym tematem. Stowarzyszenie pacjentów zrzesza chorych z całego kraju, chorych i ich opiekunów. To, co postulujemy, te problemy, które sygnalizujemy, sygnalizujemy za sprawą tych zgłoszeń, które po prostu przychodzą do nas od pacjentów. Spływały również do nas takie zgłoszenia odnośnie do kolejek, że pacjenci czekają i nie mogą się doczekać.

Zatem z perspektywy pacjenta mogę państwu potwierdzić: tak, kolejki to problem. Jest to też problem dlatego, że to świadczenie jest limitowane, a tak naprawdę ratuje życie i pozwala pacjentom na dostęp do powietrza. Przykro mi słuchać gdzieś w komentarzach, że jest to jakiś powód do, nie wiem, śmiechów czy niedowierzań, bo pacjenci realnie się z tym stykają. Niczego nie ukrywamy – zapraszamy do domów pacjentów, żeby przeżyć z nimi kilka godzin i zobaczyć, jak wygląda ich dzień, bo myślę, że to tak naprawdę przybliża realia tego, o czym wszyscy rozmawiamy. Jestem tylko jedynym głosem przedstawicieli pacjentów, a my wszyscy tutaj zebrani decydujemy o ich losie i życiu.

Zatem reasumując, problemy, o których dzisiaj rozmawiamy, są realne. Jeśli państwo chcielibyście o coś dopytać, jak to wygląda w takiej codzienności pacjenta, to ja dzisiaj jestem bardzo otwarta na to, żeby z państwem porozmawiać i odpowiedzieć na te pytania. Jeśli państwo chcą się skontaktować z pacjentem i usłyszeć jego perspektywę, to również do tego zapraszamy. Cieszę się, że też wróciliśmy do rozmów z AOTMIT na temat nowego modelu świadczenia. Mamy nadzieję, że problemy, które sygnalizujemy, ostatecznie zostaną w nim zawarte, natomiast też nie po to dzisiaj się tutaj spotkaliśmy, żeby rozmawiać o tym modelu.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Wie pani co, chciałbym się od razu odnieść do kilku rzeczy. Zresztą myślę, że akurat w tej chwili na posiedzeniu Komisji zostali sami przedstawiciele zawodów medycznych, więc akurat wydaje mi się, że osoby, które są na sali, są doskonale zorientowane w sytuacji pacjentów.

Nie mamy wątpliwości, jaka trudna jest sytuacja pacjentów, którzy wymagają wentylacji domowej, zwłaszcza w przypadkach, kiedy to jest wentylacja 24-godzinna, bo – jak tu mówiliśmy na początku – ci pacjenci są też w różnych grupach, różne jest stadium choroby, różny poziom zaawansowania i potrzebnej pomocy. To jest jedna sprawa.

Druga sprawa. My również w stałym rozdzielniku mamy organizacje pacjenckie, federacje pacjentów. Powiem tak: po coś te federacje powstają, różne grupy pacjenckie, organizacje łączą się w federacje – żeby mieć swój głos, stały głos na posiedzeniach Komisji Zdrowia. Nikogo nie przymuszam do tego, żeby wziął udział w posiedzeniu Komisji ani do tego, żeby zabrał głos. Bardzo dobrze, że pani zabrała głos. A też nie chodzi o to, żeby z jednej organizacji trzy osoby mówiły to samo, tylko żeby właśnie to były różne głosy pacjentów. To jest druga sprawa.

Kolejna ważna sprawa w całej naszej dyskusji. Oczywiście wszyscy się zgadzamy co do tego, że pewne świadczenia nie powinny być limitowane, natomiast pewne wyceny, jak rozumiem, muszą być opracowywane, oceniane i wyceniane w sposób maksymalnie

racjonalny, w porozumieniu oczywiście ze stronami zainteresowanymi. W zasadzie stroną do dyskusji na ten temat powinni być przede wszystkim świadczeniodawcy, bo trudno mi sobie wyobrazić, że w przypadku np. pacjentów kardiologicznych grupa pacjentów po zawale uda się do AOTMiT-u albo do ministerstwa i będzie negocjować cenę pobytu w szpitalu pacjenta po zawale. Od tego są organizacje, są towarzystwa naukowe itd.

Wreszcie rzecz najważniejsza. Jeżeli jest jakikolwiek – podkreślam – przykład na to, że ktoś, kto był objęty opieką przez świadczeniodawcę, i w wyniku, nie wiem, tych negocjacji, zawirowań cenowych – jak zwał, tak zwał – komuś odmówiono pomocy, to proszę natychmiast o tej konkretnej sprawie poinformować nie tylko płatnika, ale również, myślę, że również każdego posła z danego terenu. Ja również deklaruję pomoc w takiej sprawie, bo to jest, wie pani, coś niedopuszczalnego, co nie może w ogóle mieć miejsca.

Jeżeli były obniżki – tu pan przewodniczącym Piecha mówił o pewnym przeszacowaniu swojego czasu dializ, były inne historie – to nie ma takiej sytuacji, że ktoś komuś podziękuje, powie: „Ja od dzisiaj was nie leczę, wypiszę pana ze szpitala, przestanę obejmować opieką, bo mi się cena przestała podobać". Takiej sytuacji nie ma w naszym systemie. Jeżeli doszło do sytuacji, podkreślam, gdzie ktoś już był objęty opieką i odmówiono mu pomocy, to proszę to powiedzieć, komu pani będzie wygodnie – czy komuś z tego terenu, czy komukolwiek z Komisji, niezależnie od klubu, bo taka sytuacja nie może mieć miejsca.

Szanowni państwo, widzę, że druga runda, ale proszę bardzo krótko. Pani poseł, później pan. Bardzo proszę.

Poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Dosłownie dwa zdania, bo chciałabym jednak się odnieść do wypowiedzi pani.

Szanowni państwo, bardzo sobie cenimy jako członkowie Komisji współpracę z organizacjami pacjenckimi, ja ją sobie bardzo ceniłam, pracując w Ministerstwie Zdrowia, bo rzeczywiście dużo dobrych pomysłów wypływa z tej strony. Dziękuję za te uwagi.

Natomiast nie mogę się zgodzić z jedną kwestią, o której pani powiedziała, że obniżenie kosztów czy w ogóle wycena – według pani czy państwa zła wycena – powoduje, że decydujemy o życiu człowieka i odmawiamy świadczenia. Chciałabym, żeby to wybrzmiało jednoznacznie: na pewno nie było takiej sytuacji, o której pan przewodniczący mówi, że z powodu niższej wyceny pacjent nie był podłączony do respiratora.

Zatem chcę, żeby to jasno wybrzmiało. Jeżeli pani zna taki przypadek, to proszę to dzisiaj tu powiedzieć, bo mówienie w sposób ogólny, że obniżając cenę świadczenia, decydujemy o życiu drugiego człowieka, jest bardzo ciężkim oskarżeniem. Bardzo bym prosiła, żebyśmy… Mówimy o wycenie świadczenia – to dotyczy sytuacji świadczeniodawcy. Ale pacjent, jeżeli nie jest objęty opieką długoterminową w warunkach domowych, to przebywa w szpitalu na oddziale intensywnej terapii, to jest problem szpitala, systemu, a nie tego pacjenta. W każdym razie nie znam sytuacji, żeby pacjent nie został podłączony do respiratora z powodu niskiej wyceny świadczenia. Jeżeli pani zna, to bardzo proszę o podanie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeszcze pan, bardzo proszę.

Prezes zarządu OZŚWM Robert Suchanke:

Chciałbym w pewien sposób zobowiązać się do tego…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę jeszcze raz się przedstawić, jest to potrzebne do protokołu.

Prezes zarządu OZŚWM Robert Suchanke:

Robert Suchanke, Ogólnopolski Związek Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej.

Odnośnie do braku opieki czy ewentualnej kolejki – panie przewodniczący, ja się zobowiązuję, że będę pana informował o każdym pacjencie, który czeka na przyjęcie i jest pozbawiony finansowania, bo wkracza w nadwykonanie. Jeśli o tym rozmawiamy, to proszę bardzo, jestem skłonny.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Ale prosiłbym…

Prezes zarządu OZŚWM Robert Suchanke:
Tak.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Szanowny panie prezesie, nie. Prosiłbym…

Prezes zarządu OZŚWM Robert Suchanke:
Ad vocem.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Ale pan pozwoli. Prosiłbym, żebyśmy się słuchali z uwagą, ja słucham państwa z uwagą. Powiedziałem jasno, że w moim przekonaniu możemy i należy dyskutować o tym, czy rzeczywiście te świadczenia nie powinny być świadczeniami nielimitowanymi.

Teraz powiedziałem o czymś zupełnie innym, powiedziałam o tym, co pani powiedziała: że ktoś był i go odłączono albo odmówiono mu kontynuacji świadczeń. Jeżeli jest taka sytuacja, to moim zdaniem to jest sprawa może i prokuratorska nawet. To jest absolutnie niedopuszczalne. My się możemy spierać, ale myślę, że akurat tu każdy z posłów, z różnych opcji powie to samo i każdy taką sprawą się zajmie. To są dwie różne rzeczy, a nie ktoś, kto, nie wiem, jest poza limitem – możemy o tym dyskutować, jak już powiedziałem. Zatem proszę słuchać precyzyjnie tego, co mówiłem.

Prezes zarządu OZŚWM Robert Suchanke:
Ja również o to proszę, panie przewodniczący. Ja mówię o sytuacji, kiedy pacjent jest…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Pan mnie cytował.

Prezes zarządu OZŚWM Robert Suchanke:
Tak, ale…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
W związku z tym proszę być precyzyjnym.

Prezes zarządu OZŚWM Robert Suchanke:
Chciałbym powiedzieć, że takich sytuacji, kiedy pacjent jest w szpitalu, a w systemie nie ma dla niego miejsca w domu… Uzgodniliśmy tutaj, że środowisko szpitalne jest najgorszym, jakie może być dla pacjenta z przewlekłą niewydolnością oddechową. Pytacie państwo o kolejki – nie ma ich, bo przyjmujemy tych pacjentów z nadzieją, że świadczenia zostaną sfinansowane. Gdybyśmy tego nie robili, byłyby kolejki. Te 3 tys. osób byłyby gdzieś w systemie, w szpitalach. Czy uważacie państwo, że to jest najlepsze rozwiązanie? Nie. Te kolejki są dlatego, że mamy nadzieję, że system nam za to zapłaci – a nie płaci niestety. Zatem jeśli tak dalej pójdzie, to przestaniemy przyjmować tych pacjentów i oni w tym systemie będą czekać w kolejkach.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Dobrze, ale to w takim razie sprecyzujmy i poproszę też o tę informację pana profesora czy pana ministra. Kto w takim razie tworzy tę kolejkę, kto rejestruje, kto kwalifikuje? Jeśli pojawia się słowo „kolejka”, to ustalmy, jaki jest stan faktyczny w tym zakresie.

Bardzo proszę, jeszcze przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia i później odpowie minister.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:
To może, ja może od razu.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Od razu pan minister? Dobrze.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:
A później Narodowy Fundusz Zdrowia się odniesie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze, proszę bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Zacznę jednak od samego końca, od pani.

Pani powiedziała bardzo mocno, że firmy przychodzą, odłączają respiratory pacjentom i pacjenci giną. To pan prezes Suchanke potwierdził, że nie ma takiej sytuacji, że pacjenci giną, ponieważ firmy mają niższe zyski i w związku z tym odłączają respirator. Nigdy żadna organizacja pacjencka, która ze mną rozmawia na temat farmakoterapii, do mnie nie przyszła i nie powiedziała, że jeśli firma obniżyła o 30%, o 50% cenę leku, to znaczy, że zabijamy pacjentów, ponieważ firma ma mniejsze zyski. Pani to twierdzi – że przez to, że są mniejsze ceny, pacjenci na tym cierpią. Jeśli – to, co pan przewodniczący powiedział, pacjenci zostali poszkodowani, że zabrano respirator, że jest mniejsza opieka, ponieważ firma powiedziała, że teraz nie będzie rehabilitować, że teraz nie będzie przyjeżdżać, to nie wykonuje świadczeń gwarantowanych – proszę to zawsze zgłaszać.

Jeszcze jedno. Pani tutaj powiedziała bardzo źle o różnych czynnościach. Zostali państwo zaproszeni do rozmów i jednocześnie, nie zgłaszając żadnej uwagi do agencji, nie zgłaszając niczego, na swojej stronie internetowej twierdzą, że koniec już leczenia respiratorem w opiece domowej. Jak państwo się w ogóle nie odzywają, to nie rozumiem: czy mamy rozmawiać, czy mamy nie rozmawiać, bo takie jest państwa stanowisko.

Chciałbym w tym zakresie powiedzieć, że wycena faktycznie jest realizowana na podstawie kosztów. Nie zawsze w 100% do kosztów są brane zyski, to jest być może problem. Tak jak powiedział pan przewodniczący, według analiz wychodziło, że ta terapia była znacząco przeszacowana w stosunku do innych rodzajów świadczeń zdrowotnych. Ja nie widziałem, żeby państwo, nie wiem, kupowali oddziały anestezjologii, intensywnej terapii, żeby prowadzić te zakresy, czy oddziały internistyczne, które są w szpitalach powiatowych. A być może w tym zakresie się skupili.

Pracujemy nad zakresem organizacji, bo też zgodziliśmy się, że jest problem kwalifikacji. Nie ma jasnych wytycznych kwalifikacji do tego świadczenia, w związku z tym nie możemy też powiedzieć bardzo jasno, czy pacjenci mają wskazania medyczne. I konsultanci, i cały zespół merytoryczny zgadzają się, że kryteria kwalifikacji powinny być. Uzgodniliśmy, że taka konsultacja, porada czy hospitalizacja w zakresie kwalifikacji – bardzo jasne kryteria – powinna zostać wykonana, powinna zostać opłacona. Oczywiście się zgadzamy – to też z NFZ – że jeśli pacjent ma wskazania, jasne kryteria i jest zakwalifikowany, to powinien takie świadczenie otrzymać.

Oczywiście, to, co pan prezes powiedział, te 3 tysiące pacjentów – nie wiem, czy to jest prawda – to chyba nie są pacjenci na respiratoroterapii. Większość świadczeń to jest wentylacja mechaniczna do 8 godzin i w tym zakresie też cały czas trwa… Wydaje się, że tu jest zła wola, że Ministerstwo Zdrowia, AOTMiT i NFZ działają wyłącznie przeciwko pacjentowi. A działają wyłącznie na rzecz pacjentów. Jeśli jest zmniejszona wycena, to znaczy, że jest większa dostępność do świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. To wszystko, panie ministrze, tak? Pan dyrektor, bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Maciej Karaszewski:

Dzień dobry państwu. Maciej Karczewski, zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centralnego Funduszu Zdrowia.

Panie przewodniczący, szanowni państwo, chciałbym posłużyć się liczbami i faktami, bo wydaje się, że dużo padło różnych emocji. Jeżeli chodzi o liczby i fakty, to po pierwsze, chciałbym się odnieść do tematu limitowania i nadwykonań. Pan prezes na pewno dobrze wie, że jedyne, co jest w limicie, czego nie płacimy bezlimitowo, to są te świadczenia dla pacjentów wentylowanych do 8 godzin lub do 16 godzin. Wszyscy pacjenci, gdzie to jest ratujące życie, finansowanie co roku wynosi 100%.

Dostajecie 100%, niezależnie do tego, czy to są dzieci, czy to są dorośli – wszyscy pacjenci, którzy muszą być podłączeni do respiratora cały czas. Otrzymujecie państwo

finansowanie nadwykonań wynoszące 100%. Dostajecie państwo również finansowanie nadwykonań dla pacjentów, którzy są do 8 godzin. Dostajecie państwo – tylko nie podpisujecie ugód. Ale to jest wartość ok. 30%. Wszystkie świadczenia, tylko po wartości 30–40%. W szczególności, że patrzymy… Przepraszam, chciałbym zauważyć, że patrząc na to, że agencja…

Dlatego, szanowny panie, że agencja wyceniając to świadczenie, doszła do wniosku, że jest o 60% przeszacowane, więc tak naprawdę płaciliśmy 100% kosztów.

Chciałbym też powiedzieć szanownej pani, że jeżeli pani uważa, że 1700 zł na miesiąc, czyli 5100 zł za kwartał, za jedną wizytę domową lekarza i za jedną wizytę pielęgniarki oraz za wypożyczenie respiratora, to jest to zdecydowanie niedoszacowane, to nie wiem, kto pani takie rzeczy do głowy włożył. Chciałbym porozmawiać.

I jeszcze ostatni element – o tych 3 tys. pacjentów, którzy czekają. Kolejek jakoś nie ma, bo sprawdzamy i państwo nie sprawozdają kolejek. Chciałbym zauważyć, że w związku z tym, że faktycznie te potrzeby rosną, to z roku na rok kupowaliśmy o 20–30% więcej świadczeń. Po 1,5 mln osobodni w 2020 r. kupiliśmy 1,7 mln osobodni, w 2021 r. – ponad 2 mln osobodni. Nieustannie kupowaliśmy więcej świadczeń, widząc, że potrzeby zdrowotne rosną.

Zatem, widząc, że staramy się zapewnić dostępność do tego świadczenia pacjentom, trudno mi nie uważać, że w takiej sytuacji jako przedstawiciel instytucji płatnika jestem niesłusznie szkalowany, mówi się, że próbujemy zabijać pacjentów wentylowanych mechanicznie.

Na koniec chciałbym tu powiedzieć, że faktycznie istnieje taka możliwość, że w tym roku, jeżeli chodzi o nadwykonania, ponieważ wycena została urealniona, powinniśmy je zapłacić już nie po tak ściętych cenach. Oczywiście w miarę możliwości oddziałów wojewódzkich.

To tyle, co chciałbym uściślić, jakie są fakty, a jakie są mity. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Myślę, że na tym wyczerpaliśmy… Jeszcze agencja, tak?

Nie, nie, już nie udzielam ponownie głosu. Naprawdę.

Bardzo proszę, Agencja Oceny Technologii.

Pełniąca obowiązki zastępca dyrektora wydziału AOTMiT Joanna Syta:

Panie przewodniczący…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę bardzo uzupełnić.

Pełniąca obowiązki zastępca dyrektora wydziału AOTMiT Joanna Syta:

Chciałabym tylko się odnieść do państwa pytań, które dotyczyły tego, czy agencja bierze pod uwagę…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę bardzo, proszę odpowiedzieć dalej na pytania. Proszę mówić do mikrofonu.

Pełniąca obowiązki zastępca dyrektora wydziału AOTMiT Joanna Syta:

Tak.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Żeby to było jasne też dla wszystkich – jesteśmy teraz nie na etapie dyskusji, tylko odpowiedzi na pytania, więc ponownie nie będę udzielał głosu, tylko odpowiadamy na pytania. Rozumiem, że to jest jeszcze odpowiedź na jakieś pytania?

Pełniąca obowiązki zastępca dyrektora wydziału AOTMiT Joanna Syta:

Tak.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę.

Pełniąca obowiązki zastępca dyrektora wydziału AOTMiT Joanna Syta:

Na te dwa pytania, które padły w kontekście pracy agencji.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę bardzo.

Pełniąca obowiązki zastępca dyrektora wydziału AOTMiT Joanna Syta:

Jeśli chodzi o to, czy agencja bierze pod uwagę dojazd w wycenie – oczywiście, że bierze. Nie powiem pani dokładnie metodologii, bo nie pracuję w wydziale taryfikacji, ale tak, na pewno bierze.

Co do drugiego pytania, pana z koalicji…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Rozumiem, że średnią ważoną prawdopodobnie bierze, tak?

Pełniąca obowiązki zastępca dyrektora wydziału AOTMiT Joanna Syta:

Pewnie tak. Zawsze brała, tak. Natomiast już szczegółowo się nie odniosę.

Co do prac, które nie do końca pan z koalicji zrozumiał, to w kwestii wyjaśnienia. Są cztery świadczenia. Faktycznie w etapie konsultacji, żeby mogła być zrobiona ponowna modyfikacja wycen w zakresie świadczeń, muszą być dookreślone – to, co podkreślał też pan minister – jasne kryteria kwalifikacji, który pacjent kwalifikuje się do jakiego świadczenia.

W związku z tym cztery świadczenia, które nie mają w tej chwili kryteriów kwalifikacji, m.in. leczenie obturacyjnego bezdechu sennego… Pan podkreślił, że jest lepiej, nie wiem. Tu nie chodzi o wyceny, tu chodzi o kryteria. To świadczenie, które pacjenci otrzymują – refundacja aparatów CPAP w rozporządzeniu ministra wydawanych na zlecenie co 5 lat za 2100 – nie ma kryteriów ani kwalifikacji, ani monitorowania. Należało dookreślić te warunki.

Jeśli pan czytał te warunki, to dopisano warunki szczegółowe. One dookreślają diagnostykę, warunki kwalifikacji, kryteria włączenia, kryteria wyłączenia i monitorowania. Każde z tych świadczeń – domowe leczenie tlenem, wentylacja mechaniczna metodą nieinwazyjną i wentylacja mechaniczna metodą inwazyjną – w projekcie, który został dany do konsultacji, ma określone wyłącznie diagnostykę, kliniczne kryteria kwalifikacji i monitorowanie, nic więcej.

W tej chwili nie konsultujemy żadnej wyceny, ponieważ dopiero w momencie uzyskania z państwem, ze środowiskiem, konsensusu co do tych kryteriów i do kwestii monitorowania będzie projekt rozporządzenia, a po projekcie rozporządzenia będzie modyfikacja wyceny w oparciu o nowe warunki związane z kwalifikacją i monitorowaniem, dostosowane do potrzeb i warunków opisanych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, zamykam posiedzenie Komisji.

Przedstawiciel Stowarzyszenia Pacjentów na Rzecz Wentylacji Domowej „Jednym Tchem!” Maria Dzięcielska:

Przepraszam bardzo, ale w związku z tym, że pani dyrektor mogła się odnieść, chciałabym również mieć taką możliwość.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam bardzo, pani dyrektor odpowiedziała na pytania, bo pani dyrektor została zapytana.

Naprawdę, bardzo dziękuję państwu i zamykam posiedzenie.